

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 4

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

(1919-1924)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Novembre 1924

PAR

Pierre-Francis QUEINNEC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GUICLAN (Finistère), le 4 juillet 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur	Président.
		PRINCETEAU, professeur....	Juges.
		PERY, agrégé	
		VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 4

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

(1919-1924)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Novembre 1924

PAR

Pierre-Francis QUEINNEC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GUICLAN (Finistère), le 4 juillet 1900.

Examineurs de la Thèse.	{	MM. RIVIÈRE, professeur	<i>Président.</i>
		PRINCETEAU, professeur	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÉS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÉS.
Anatomie	PICQUE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Patol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	N.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMEN.	Médecine générale.	MICHELEAU.
Histologie.	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie.	DELAUNAY.	Maladies mentales.	PERRENS.
Anatomie pathologique.	MURATET.	Chirurgie générale.	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	DUVERGEY.
id.	N.	id.	PAPIN.
Physique biologique et médicale.	RECHOU.	id.	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.	N.	Obstétrique.	PERY.
Médecine générale.	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophthalmologie.	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie.	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.	Chimie minérale	N.
Ophtalmologie	CABANNES.	Hygiène appliquée	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont
présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni
probation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

La meilleure des mères.

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES BEAU-FRÈRE ET BELLE-SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

AU CORPS DE SANTÉ COLONIAL

Vers lequel je vais plein de foi. J'espère y
passer des années plus heureuses que celles
que j'ai vécues à Bordeaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVREAU

*Ancien chef adjoint de clinique gynécologique,
Ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.*

Recevez mes remerciements les plus sincères pour l'aide que vous m'avez apportée dans cet ingrat travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Je vous remercie du grand honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ma thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

(1919-1924)

INTRODUCTION

L'opération césarienne devient une intervention de plus en plus courante. Elle est connue depuis l'antiquité, mais ne se fit pendant longtemps que sur les femmes mortes. C'est au début du xvi^e siècle seulement qu'un châtreur de porcs, Jacques Nuffer, la pratiqua pour la première fois sur une femme vivante. Elle resta néanmoins intervention exceptionnelle jusqu'aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, époque à laquelle ses indications s'étendirent en même temps que ses succès se faisaient plus nombreux.

Cependant quelques échecs retentissants — échecs inhérents à toute nouvelle opération, à toute nouvelle méthode — vinrent refroidir l'enthousiasme de ses plus chauds partisans, si bien qu'elle apparaît encore aux yeux de certains auteurs comme une intervention dangereuse à laquelle on doit recourir le moins souvent possible.

Notre but, dans cette étude, est précisément de montrer combien l'opération césarienne donne de bons résultats quand elle est pratiquée au moment d'élection et lorsqu'on emploie une bonne technique.

Nous étudierons à ce sujet 43 observations recueillies à la clinique d'accouchements de Bordeaux et portant sur une période de cinq ans, 1919-1924.

Ces observations se divisent en :

30 césariennes princeps;

4 césariennes itératives secondes;

2 césariennes itératives troisièmes.

Après avoir exposé brièvement la technique de l'opération césarienne telle qu'elle est pratiquée à la clinique, nous nous étendrons sur les indications que nous avons rencontrées, puis sur les résultats obtenus. La comparaison entre ces résultats et ceux de la période antérieure à 1920 nous fournira la conclusion. Elle nous permettra de montrer la place de plus en plus grande que doit occuper la césarienne dans la chirurgie obstétricale.

CHAPITRE PREMIER

L'opération césarienne, telle qu'on la pratique à la Clinique d'accouchements de Bordeaux, est l'opération classique portant sur la face antérieure de l'utérus, en évitant d'empiéter sur le fond de l'organe, de même que sur le segment inférieur.

L'incision portant sur le fond de l'utérus, incision à la Fritsch ou à la Müller, fut en honneur il y a vingt ans. Elle fut vite abandonnée, les résultats éloignés étant souvent défavorables. Actuellement, on la considère comme étant une des plus importantes causes d'adhérences utéro intestinales. Pierre, dans sa thèse, l'a bien montré en relevant sur un ensemble de 149 observations, 13 cas d'obstruction intestinale due à ces adhérences. On dut pratiquer une laparotomie secondaire dans 8 p. 100 des cas ; c'est évidemment un argument suffisant pour rejeter cette méthode.

Pour la même raison, il faut également considérer comme périlleux le conseil donné par Doléris « d'inciser l'utérus sur sa face antérieure en prolongeant l'incision vers le fond » et lui opposer celui de Couvelaire : « La zone du corps utérin qui sera choisie dans le plan médian sagittal n'empiétera pas trop sur le fond. Mieux vaut qu'elle soit franchement antérieure pour restreindre au minimum la région exposée aux adhérences intestinales lors de l'involution. »

L'incision portant sur le segment inférieur a été plus employée que la précédente, mais elle ne paraît pas en honneur en France.

Il semble qu'à l'heure actuelle, la mode des césariennes extrapéritonéales suprasymphysaires de Selheim et Dœderlein soit passée.

Plus intéressantes sont les césariennes suprasymphysaires par voie transpéritonéale, prônées de nos jours par les étrangers, les Suisses surtout.

Cette méthode est peu employée en France. A Bordeaux, nous ne pouvons guère tabler que sur 3 observations de M. Balard. Il résulte des différents travaux sur la question que la césarienne suprasymphysaire est une opération plus longue, moins aisée que la césarienne classique; son point faible réside dans le décollement péritonéal et l'ouverture de larges espaces cellulaires susceptibles de s'infecter. Elle doit se limiter à certains cas spéciaux où à la longueur du travail vient s'ajouter l'infection. « En dehors d'elle, en effet, pour les dystocies osseuses rencontrées en cours de travail dans les cas infectés, nous n'avons pratiquement le choix qu'entre la voie basse, c'est-à-dire une intervention souvent désastreuse pour l'enfant, — ou la voie haute : césarienne conservatrice fort aléatoire pour la mère, ou bien hystérectomie, opération de sûreté, mais supprimant définitivement tout espoir de maternité. C'est dans ces cas justement que la césarienne basse trouve ses indications. » (Communication de M. Balard).

En somme, opération encore à étudier, trop mal connue ici pour que nous puissions la juger définitivement; il semble qu'il ne faille, jusqu'à nouvel ordre, la pratiquer qu'avec sobriété.

Notre technique. — Les incisions hautes et basses étant écartées, quelle est donc la technique que nous employons? C'est la technique habituelle de l'hystérotomie transpéritonéale suivie de l'évacuation de l'utérus et de la suture de la plaie utérine, l'incision étant celle définie par Scenger : incision longitudinale de l'utérus sur la ligne médiane, au niveau du tiers moyen de la face antérieure du corps.

Cette technique est assez connue pour qu'il soit utile d'insister longuement; elle peut se résumer en ces quelques temps principaux :

- 1° Incision de la paroi abdominale;
- 2° Extériorisation de l'utérus à la main;

3° Mise en place de grandes compresses pour combler l'excavation abdominale et protéger les anses intestinales;

4° Incision de l'utérus. Extraction manuelle du fœtus et du placenta;

5° Compression de l'utérus en entier pour en faire sortir le sang. Puis suture en deux plans au catgut n° 2 ou 3 :

a) Plan séro-musculaire, à points séparés;

b) Plan séro-séreux;

6° Suture de la paroi.

Cette méthode donne, de façon générale, de très bons résultats, tant au point de vue suites de couches que cicatrisation. Qu'il nous soit permis simplement d'insister sur quelques détails qui, pour minimes qu'ils soient, n'en ont pas moins leur valeur.

Les grandes compresses avec lesquelles on protège les organes contenus dans l'abdomen sont toujours employées dans le mode opératoire. Elles forment une barrière étanche qui absorbe le liquide amniotique et le sang qui s'écoulent toujours en grande quantité, et s'opposent à leur pénétration dans la cavité abdominale qu'ils pourraient souiller.

La muqueuse est évitée au cours de la suture. Dans les observations que nous rapportons plus loin, peut-être une grande part du succès est-elle due précisément à ce petit détail. Il semble, en effet, que la perforation de la muqueuse est susceptible de favoriser l'infection, surtout dans cet utérus post-partum dont on ne peut jamais garantir la parfaite asepsie. D'autre part, elle gêne dans une certaine mesure la nutrition du tissu utérin, déjà fortement traumatisé au cours de la césarienne.

On a dit que les points perforants de la muqueuse contribuent à former une cicatrice solide. En les pratiquant, en effet, le chirurgien est sûr de traverser de part en part la tranche musculaire de l'utérus; il affronte ainsi toute l'épaisseur de la paroi. Au contraire, l'opérateur qui n'admet pas les points perforants passe parfois en plein muscle, malgré son désir de raser la muqueuse. La paroi utérine n'est pas accolée dans sa totalité, et c'est l'amorce d'un amincissement.

Cela est vrai en partie. Malgré toute l'habileté possible, il

est difficile de faire passer des fils au contact de la muqueuse sans léser cette dernière. La question reste cependant entière : la crainte de l'infection doit passer avant celle de l'amincissement. Et on n'emploiera les points perforants que lorsque l'on pourra prouver que ces fils ne contribuent pas à l'infection, et qu'ils ne forment pas des sortes de drains ascendants favorisant la montée des microbes de la cavité utérine vers le péritoine à travers le muscle utérin.

Le catgut est seul employé dans la suture. On lui a reproché son manque de solidité; les résultats heureux de nos observations suffisent à prouver le contraire. Son caractère de résorbabilité assure, en outre, contre la persistance des fils dans la cicatrice utérine : le catgut ne donne pas ces fistules interminables qu'on a remarquées parfois après des sutures à la soie. La suture au catgut, recouverte par le plan séro-séreux, présente enfin l'avantage d'isoler complètement la plaie, ce qui est une garantie efficace contre l'infection.

Le plan séro-séreux a une importance de premier ordre. Il y a quinze ans, on ne l'employait pas encore; les cas d'adhérences et de désunion utérine se produisaient nombreux. M. le professeur Rivière (de Bordeaux) eut alors l'idée d'appliquer à l'utérus la suture séro-séreuse que Lembert pratiquait déjà sur l'intestin; il obtint immédiatement des résultats meilleurs, et ceci est facile à comprendre si on analyse le rôle du plan séro-séreux.

Ce rôle est double. La suture séro-séreuse écarte l'infection; c'est une couverture de protection étalée sur la plaie utérine.

Elle empêche surtout la formation des adhérences. Le péritoine s'irrite facilement lorsque les fils de la suture utérine restent à son contact direct; il se produit des péritonites adhésives plus ou moins étendues, avec leurs conséquences fâcheuses. La suture séro-séreuse évite ces complications; il faut donc lui rapporter une grande part du mérite d'assurer les suites parfaites après les opérations césariennes.

Les points séparés qui constituent le plan myo-séreux sont renforcés par un nœud simple supplémentaire. Ce nœud vient

s'ajouter au nœud du chirurgien que l'on fait en premier, et contribue ainsi à assurer la solidité de la suture.

Notons encore dans la technique suivie habituellement à la Clinique d'accouchements de Bordeaux que le *badigeonnage de la section utérine* à l'alcool, à la teinture d'iode ou à l'éther, n'est pas pratiqué.

De même, *l'ergotine ou la pituitrine* ne s'emploient jamais de façon préventive; on les réserve aux cas d'inertie secondaire et d'hémorragie. Ces produits risquent, en effet, de déterminer un état de contracture intense qui augmente la pression exercée sur les points de suture; ils peuvent ainsi favoriser la désunion.

Un point que nous considérons d'une importance capitale est *le moment où il faut opérer*. Il a été l'objet de nombreuses discussions au cours des années passées. Bar et son école sont d'avis qu'il faut opérer avant le travail, le plus près possible du terme. Une autre école, non moins autorisée, préfère attendre les premières douleurs spontanées avant d'intervenir.

Question délicate et en même temps pleine d'importance. Pour certains, l'opération césarienne avant tout début de travail paraît répondre à « deux indications précises : la rupture prématurée des membranes chez une femme vouée à l'hystérotomie, et, d'autre part, l'opération itérative, par crainte de la rupture de la zone cicatricielle sous l'influence des énergiques contractions que développe le travail ». A part ces deux circonstances, ces auteurs attendent les premières douleurs spontanément déclarées, « pour éviter d'intervenir trop tôt, trop loin du terme, et d'extraire ainsi un débile difficile à élever, et aussi pour obtenir, grâce à la formation de la poche des eaux, un décollement complet et facile des membranes de l'œuf, élément de pronostic important pour les suites de couches » (Demelin).

A la Clinique d'accouchements de Bordeaux, M. le professeur Rivière préfère, conformément aux principes posés par Bar, opérer avant le travail. Cette méthode, qu'on peut appeler de l'intervention à froid (Rivière), permet de choisir son heure et de préparer dans le calme tout ce qui est nécessaire. La crainte

d'extraire un enfant cinq à dix jours avant le début du travail ne doit pas entrer en ligne de compte. Cette opération un peu prématurée ne diminue guère les chances de viabilité de l'enfant. D'autre part, le décollement des membranes n'oppose pas de difficultés au cours de la césarienne, qu'elle soit faite à l'époque approximative du terme ou après le début du travail. Dans nos observations, on ne note qu'un seul cas (Obs. XVII) où la délivrance fut délicate, et encore les adhérences constatées doivent-elles être sans doute attribuées à la métrite que présentait la malade.

CHAPITRE II

Indications.

L'opération césarienne s'adresse surtout aux bassins rétrécis dans lesquels il y a une disproportion nette entre le mobile fœtal et le conduit qu'il doit franchir.

Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, ce sera une tumeur prævia : fibrome, kyste de l'ovaire et du parovaire — voire placenta — qui mettra obstacle au passage du fœtus et obligera l'accoucheur à intervenir par voie haute.

Dans les 43 observations que nous rapportons plus bas, 36 relèvent de la première cause et 6 seulement de la seconde; celles-ci se répartissent en :

- 3 fibromes,
- 1 kyste de l'ovaire,
- 1 kyste du parovaire,
- 1 placenta prævia.

Une césarienne fut enfin faite pour esthiomène de la vulve.

Les rétrécissements du bassin.

Les rétrécissements du bassin qui ont provoqué ces césariennes sont de divers types : aplati, asymétrique, canaliculé, *justo minor*.

Dans l'étiologie de ces cas, on trouve, en général, le rachitisme. En effet, dans de nombreuses observations, on relève chez ces femmes des chapelets chondro-sternaux, des déformations variées des membres inférieurs, de même une marche tardive, vers 4 ou 5 ans, parfois même à 7 ans.

Dans d'autres observations, le rachitisme a déterminé des déviations de la colonne vertébrale : scoliose, cyphose, lordose, qui ont provoqué ultérieurement des viciations du bassin avec rétrécissement de la lumière du canal pelvien.

Dans 2 cas, nous relevons dans les antécédents des troubles thyroïdiens. Dans 2 autres, c'est le nanisme qui doit être incriminé; il s'agit, en effet, de femmes mesurant respectivement 1^m 43 et 1^m 34, taille qui ne permet pas d'espérer, d'une façon générale, un bassin de dimensions suffisantes pour l'accouchement normal. D'autant plus que les enfants pesaient 3 kil. 450 dans le premier cas, et 2 kil. 830 dans le second.

Enfin, dans le bassin de Nægelé que nous avons observé, on ne peut qu'imputer une cause congénitale localisée : l'atrophie, pendant le développement intra-utérin du squelette, d'un groupe de points d'ossification correspondant à l'aileron du sacrum.

Les rétrécissements du bassin représentent donc la majeure partie des causes de nos césariennes.

Il est des cas cependant où ces rétrécissements étaient modérés et auraient peut-être permis un accouchement par les voies naturelles si quelque cause secondaire n'était venue aggraver les difficultés. C'est ainsi que dans 2 observations (IX et XXXVI) des déchirures profondes des parties molles ont nécessité une intervention par voie haute pour éviter des désastres du côté du périnée; dans une autre (Obs. VI), les parties molles étaient dures, résistantes, en état de contracture. Dans d'autres cas encore, nous relevons comme complications du rétrécissement la persistance d'une fistule recto-vaginale (Obs. XIII) ou les hémorragies pour insertion basse du placenta (Obs. XXXVII).

Les tumeurs prævia.

Les tumeurs prævia sont à l'origine de six de nos césariennes : deux kystes de l'ovaire (Obs. X) et du parovaire (Obs. XXXIX) furent extraits avec facilité; trois gros fibromes (Obs. XXI, XXVI et XXVII) nécessitèrent l'amputation de l'utérus; un placenta prævia, enfin, fit intervenir par voie haute, à cause du danger auquel il exposait la vie de la mère et de l'enfant par ses hémorragies abondantes et rebelles au traitement médical.

Une césarienne fut enfin faite pour **esthiomène de la vulve** (Obs. XXVIII). M. le professeur Rivière, dans une communication qu'il faisait à ce sujet à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, exposait la question en ces termes :

« On peut se demander si le fœtus pourra passer spontanément et sans effraction... S'il y a effraction dans un milieu déjà infecté, cela ne va-t-il pas ouvrir les voies à l'infection ascendante?... L'état infectieux des parties génitales externes joint au manque d'étoffe et de souplesse de la région, rend particulièrement aléatoire un accouchement par voie basse, qui se terminera sans doute par un forceps pénible, et vraisemblablement par de l'infection... »

Au cours de la discussion, M. le professeur Rivière, MM. Andérodias, Balard, Pery, Roche, conclurent à la césarienne. « L'accouchement ne sera peut-être pas dystocique, résumait M. Andérodias, mais il faut avant tout craindre l'infection. »

Telles sont les indications que nous avons rencontrées.

Elles ne suffisent pas, la nécessité de l'intervention étant indiscutable pour décider cependant une césarienne conservatrice classique ; il faudra auparavant observer avec soin l'état général de la malade, le pouls, la température. Il faudra encore, si la femme est en travail, considérer avec attention le degré d'avancement de ce travail, pour en tirer d'autres indications primordiales.

Pour qu'il y ait indication de césarienne conservatrice classique, il faut, en effet, que la poche des eaux ne soit pas rompue ou soit rompue récemment, et surtout qu'il n'y ait pas d'infection possible, même si les membranes sont intactes.

C'est l'examen attentif de la parturiente qui permettra de s'en rendre compte et de choisir ainsi l'opération qui convient.

Dans le cas d'infection, fût-elle minime, la césarienne conservatrice classique doit être abandonnée en effet. Elle le sera encore dans tous les cas suspects, chaque fois qu'il y a quelque risque pour la mère, même sans température (Couvelaire). On la remplacera alors avec avantage, et suivant les cas, par la symphyséotomie, l'opération récemment proposée par le docteur

Portes (extériorisation temporaire de l'utérus), la césarienne suprasymphysaire ou l'ablation de l'utérus.

La symphyséotomie chez la multipare pourra s'employer dans les cas où l'infection est douteuse, mais dans les seuls bassins dont le promonto-sous-pubien atteint au moins 9 centimètres et qui peuvent être agrandis à coup sûr, sans grands risques pour la mère et pour l'enfant. Cependant, de nombreux chirurgiens préfèrent la césarienne suivie d'hystérectomie : cette intervention a sur la symphyséotomie l'avantage de supprimer radicalement le foyer infectieux.

La césarienne suprasymphysaire a été également pratiquée avec succès dans quelques cas douteux (Brindeau). Cette opération est toutefois très discutée, en particulier par M. Couvelaire qui ne lui reconnaît aucun avantage.

A propos de l'observation de M. Balard dont nous parlons plus haut, il y eut à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux une discussion intéressante que nous n'hésitons pas à rapporter.

M. Balard, en terminant son exposé, conclut qu'une opération si fortement prônée à Strasbourg par Schickelé, et à l'étranger par Hauch, Kouwer, etc., doit mériter de la part des accoucheurs autre chose que de timides essais.

Au cours de la discussion, *M. Pery* déclare qu'il est exact que l'on ne voit pas les anses intestinales au cours de l'opération. « Mais, ajoute-t-il, l'étendue de l'incision du segment inférieur n'est pas toujours suffisante pour laisser passer le fœtus ; on est alors obligé d'intéresser le corps de l'utérus. »

M. Marc Rivière fait remarquer qu'aucun des cas de M. Balard ne remplit les indications de cette intervention : « La propagation au corps serait moins à craindre si le segment inférieur était complètement formé. »

MM. Favreau et Loubat pensent qu'il faut être sobre de cette opération plus longue et plus compliquée que la césarienne classique. « Le tissu cellulaire se détend moins bien que le péritoine, et la protection des anses intestinales peut très bien être réalisée dans la césarienne classique, tandis qu'ici les

liquides peuvent s'écouler jusqu'à l'intestin puisque l'utérus n'est pas extériorisé. Pour que M. Couvelaire n'en soit pas partisan et que M. Brindeau la pratique rarement, il faut qu'il y ait de sérieuses raisons. »

Le docteur Portes a préconisé une opération qui semble appelée à quelque succès : la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Elle comporte deux temps :

1° « Extériorisation de l'utérus et fermeture de l'abdomen avant que l'utérus ne soit ouvert » ;

2° « Réintégration de l'utérus dans le bassin quand on est définitivement à l'abri de l'infection utérine ; ou, au contraire, hystérectomie secondaire si l'état local ou général de la malade l'indiquent » (Portes).

Il rapporte à l'appui de sa communication 10 cas où l'opération fut pratiquée avec succès sur des femmes infectées. M. Ber-son, dans une étude récente, rapporte 2 autres cas heureux.

C'est donc là une opération qui peut rendre service en cas d'infection certaine ou même probable (œuf rompu depuis longtemps). Elle n'a cependant pas encore fait ses preuves quant à l'avenir de l'utérus, et il semble qu'elle doive rester « une opération d'exception tirant ses indications du fait qu'on n'a pas fait en temps utile l'intervention de choix qui est la césarienne conservatrice avant la rupture des membranes » (Portes).

Elle montre toutefois combien est vain le reproche qu'on a fait à l'extériorisation de l'utérus de favoriser la dénutrition de cet organe. La coudure du paquet vasculaire utérin ne gêne en rien la nutrition puisque ces utérus, restés de douze à vingt jours en dehors de l'abdomen, n'ont jamais présenté la moindre diminution de vitalité, ni la moindre trace de sphacèle.

Les diverses opérations que l'on pratique en cas d'infection sont, on le voit, ou mal réglées, ou dangereuses. Et encore ne s'adressent-elles qu'aux cas où l'infection est douteuse ! Si le pouls et la température sont élevés, si l'état général est grave, on peut évidemment avoir recours à l'hystérectomie ou à l'opé-

ration de Porro ; c'est un moyen énergique de couper les racines du mal, de supprimer le foyer infectieux. Mais la castration, la disparition de toute possibilité de maternité ultérieure n'est-elle pas une conséquence terrible de cette intervention ?

La conclusion est facile : il faut, une fois qu'on a pris la décision d'opérer, mettre les malades dans des conditions telles qu'on puisse les surveiller de près et pratiquer l'intervention dans les meilleures conditions de propreté.

CHAPITRE III

Résultats.

Les quarante-trois césariennes que nous rapportons ont été pratiquées dans les conditions que nous venons d'exposer, en se conformant aussi strictement que possible aux détails de la technique et aux indications opératoires. Nous allons les étudier au double point de vue des résultats immédiats et des résultats éloignés.

Les résultats immédiats.

Les résultats immédiats peuvent se résumer brièvement dans ce tableau :

Césariennes conservatrices suivies de guérison	38
Césariennes conservatrices suivies de mort	2
Césariennes suivies d'hystérectomie avec guérison ..	3
Césarienne suivie d'hystérectomie avec mort	0
Enfants vivants	41
Enfants morts	2

Nous enregistrons, en somme, deux morts maternelles, deux morts fœtales et trois hystérectomies.

Dans le premier cas, la mère mourut d'œdème aigu et généralisé du poumon, dans les quarante-huit heures qui suivirent l'intervention. Cette disparition rapide ne semble pas devoir être imputée à la césarienne. Il s'agit plutôt d'un refroidissement dont eut à souffrir la malade au cours de son transport de la clinique à l'Hôpital Tastet où elle devait être opérée (Obs. X). Dans le deuxième cas, il se déclara une péritonite généralisée. La césarienne conservatrice avait été pratiquée après un essai infructueux d'accouchement prématuré. On découvrit à l'autopsie une désunion partielle de la suture utérine (Obs. VI).

Des deux enfants, l'un (Obs. VI) n'a pu être ranimé. L'autre (Obs. XXXVIII) est mort quelques heures après la naissance, sans que rien à l'autopsie puisse expliquer cette issue fatale.

Les trois hystérectomies enfin furent faites pour de gros fibromes dont l'un (Obs. XXVI) présentait de fortes adhérences avec l'uretère droit, la vessie et les anses intestinales. Il fut impossible de pratiquer la myomectomie afin de conserver l'utérus.

Les suites de couches furent normales dans la grande majorité des cas; les opérées quittèrent la clinique dans un délai de vingt à trente jours après l'intervention. Cependant treize d'entre elles présentèrent des complications qui prolongèrent leur séjour à l'hôpital, sans toutefois les mettre en danger de mort. Nous notons quatre hémorragies abondantes qui survinrent soit immédiatement, soit quelques jours après l'opération; elles furent facilement jugulées par l'ergotine ou le tamponnement vagino-utérin. Il y eut aussi trois phlébites des membres inférieurs dont une double; quatre dilatations aiguës de l'estomac, une lymphangite mammaire suivie d'abcès et un érysipèle de la face.

Les résultats éloignés.

Les résultats éloignés ont pu être contrôlés sur plusieurs des femmes césarisées pendant la période 1920-1924 sur laquelle porte notre statistique. Ils sont éminemment favorables tant au point de vue anatomique que fonctionnel. Six femmes ont subi une césarienne itérative, quatre pour la seconde fois, et deux pour la troisième fois, ce qui donne un total de huit césariennes itératives.

La paroi abdominale a toujours été trouvée résistante, avec une cicatrice souple et solide sans trace d'amincissement, ni amorce d'éventration.

Des adhérences ont été constatées deux fois. Il s'agissait d'adhérences très légères entre la cicatrice pariétale et une frange épiploïque (Obs. XII et XL). On ne trouve plus ces adhérences formidables que l'on rencontrait parfois au début

de l'ère des césariennes où l'utérus s'accolait à la paroi et aux organes voisins : épiploon, intestin, vessie, jusqu'à former un bloc compact rendant pénibles les grossesses ultérieures, et quelquefois gênant fortement une césarienne itérative.

La cicatrice utérine était à peine visible dans 2 cas (Obs. XII et XXXIV); on se trouve devant une *restitutio ad integrum*, assez fréquente d'ailleurs en pareilles circonstances, comme le prouvent des observations de M. Faugère, M. Reeb et M. Potocki. Dans 5 autres cas, la cicatrice était souple et solide, l'épaisseur de la paroi utérine restant à ce niveau normale. Dans une dernière observation enfin (XXIII et XXXII), on a constaté à la césarienne seconde un léger amincissement de la paroi, et à la césarienne troisième, un amincissement encore plus accentué, faisant supposer que l'utérus n'aurait pas toléré une grossesse prolongée de plusieurs jours encore; ceci montre avec évidence que la gestation et l'accouchement peuvent se passer très bien malgré un amincissement notable de la cicatrice.

L'avenir fonctionnel des césarisées est à la base des objections que l'on se plaît à faire à l'opération césarienne. Il semble pourtant qu'à l'heure actuelle ces objections doivent disparaître devant les résultats favorables qu'on ne cesse d'obtenir.

L'avortement, chez les femmes césarisées, devient chose de plus en plus rare; pour notre part, nous n'en avons observé aucun cas, et sans doute faut-il attribuer les nombreux avortements qui survenaient jadis à une technique insuffisante (Morisson-Lacombe).

Il en est de même de l'accouchement prématuré; toutes les femmes que nous avons suivies ont continué leurs grossesses jusqu'à terme, sans douleurs, sans inconvénients spéciaux du fait de la césarienne précédente.

La rupture utérine, enfin, ne se voit plus que de façon exceptionnelle; nous n'en rapportons aucun cas. Tout au plus, en avons-nous constaté une menace chez cette femme qui subissait sa troisième césarienne et présentait au niveau de la cicatrice un amincissement appréciable. Cette complication devient d'ailleurs tout à fait rare depuis qu'on pratique la stérilisation,

non pas systématiquement, comme le faisait autrefois à Bordeaux M. le professeur Lefour, mais d'une façon élective, sur toute femme dont l'utérus est visiblement taré, inapte à une nouvelle grossesse.

On a encore reproché à l'utérus césarisé de produire des fœtus de moindre valeur à mesure que les interventions se répètent et de fournir ainsi des enfants peu résistants, difficiles à élever. Le tableau suivant, où sont notés les poids de tous les enfants nés de mères ayant subi la césarienne itérative, réfute aisément ces allégations en montrant que les poids ont tendance à augmenter plutôt qu'à rester stationnaires.

Noms des mères.	Dates des césariennes.	Numéros des césariennes.	Numéros des observations.	Poids des enfants.
M ^{me} L....	8-1919	Césarienne I	Obs. 2	3 ^k 370
	4-1924	— II	— 12	3 ^k 300
M ^{me} T....	2-1921	— I	— 9	3 ^k 250
	4-1924	— II	— 33	3 ^k 750
M ^{me} L. C...	7-1922	— I	— (1)	3 ^k 050
	4-1924	— II	— 34	3 ^k 575
M ^{me} P....	3-1922	— I	— 46	3 ^k 180
	6-1924	— II	— 35	3 ^k 360
M ^{me} I....	1-1922	— I	— 14	2 ^k 700
	2-1923	— II	— 22	2 ^k 700
	4-1924	— III	— 32	2 ^k 800
M ^{me} F....	10-1921	— I	— 11	3 ^k 100
	12-1922	— II	— 22	3 ^k 560
	7-1924	— III	— 40	3 ^k 050

Faut-il parler enfin de la fécondité des césarisées? On a remarqué qu'elle est moins grande, en général; la stérilité consécutive, volontaire ou accidentelle, atteint de 50 à 70 p. 100. Il semble que ces femmes gardent un mauvais souvenir de la table d'opération, et nous-même, à ce sujet, avons reçu les con-

(1) L'observation de la première césarienne de M^{me} L. C... n'a pu être trouvée, la malade n'ayant pas été opérée à la clinique.

fidences de quelques-unes d'entre elles qui avaient une peur terrible d'une nouvelle grossesse, sachant qu'une césarienne serait nécessaire à chaque nouvel accouchement. Le rôle de l'utérus paraît à peu près inexistant dans cette diminution de la fécondité.

En résumé, une femme césarisée n'est pas l'invalides qu'on croyait autrefois; elle peut, sans grand risque, supporter de nouvelles grossesses et les mener à bien, en restant toutefois sous la surveillance du médecin, prêt à intervenir dans le cas de plus en plus rare où surviendrait une complication.

CHAPITRE IV

Résultats de la période antérieure à 1920.

L'opération césarienne a fait tard son entrée dans le domaine de la chirurgie courante; elle n'en a pas moins été souvent et longuement étudiée, donnant lieu à discussions et controverses d'où elle ne sortit pas toujours à son honneur. En effet, les premiers chirurgiens qui l'employèrent obtinrent parfois des résultats désastreux; ils étaient encore à la recherche de la technique idéale, et ce n'est qu'après de longues hésitations et de longues erreurs qu'ils arrivèrent à fixer les détails de l'opération.

Aussi les statistiques de cette époque sont-elles, en général, peu favorables. Harris, dans une brochure sur l'opération césarienne dans l'État de New-York, en 1879, rapporte 8 sections itératives, 7 pour la seconde fois, 1 pour la troisième fois, et constate 3 morts. Plus près de nous, Lauvray, dans une thèse de Nancy, publie 84 observations formant un total de 130 grossesses; il note 25 morts, 3 éventrations, 6 fistules utéro-abdominales et 17 ruptures utérines; presque toutes les observations relatent, en outre, des adhérences de l'utérus avec la paroi, ou l'épiploon, ou l'intestin, ou les autres organes voisins.

Cependant, les progrès de la technique aidant, la césarienne devint opération moins dangereuse tant au point de vue des suites immédiates que des complications éloignées. Vers 1900 déjà, on la considérait comme une intervention avantageuse à pratiquer dans un certain nombre de cas délicats dans lesquels elle permettrait de sauver presque à coup sûr et la mère et l'enfant. Les statistiques devinrent immédiatement meilleures, et pourtant les résultats étaient loin d'être toujours favorables! Nous allons nous en rendre compte d'ailleurs.

Au point de vue adhérences, certains auteurs, sans spécifier leur nature exacte, sans les classer en diverses catégories, donnent le chiffre global suivant :

Brindeau.....	85 p. 100.
Pinard.....	75 »
Morand.....	70 »
Wallace.....	69 »
Fruhinshlotz.....	69 »
Vasseur.....	69 »
Pestalozza.....	66 »
Singer.....	66 »
Van Leuwen.....	65 »
Franck.....	60 »
Mac Pherson.....	53 »
Bar.....	52 »

Les chiffres sont aussi impressionnants si l'on considère les seules adhérences intestinales, de ces adhérences constituées par une anse de l'intestin grêle venue se fixer entre l'utérus et la paroi, qui faisaient dire à Couvelaire : « La crainte de sectionner l'intestin devra hanter l'opérateur, car il est plus facile de l'ouvrir que de l'éviter. »

Schauta.....	27 p. 100.
Franck.....	20 »
Brindeau.....	14 »
Kuttner.....	14 »
Pinard.....	12 »

Les amincissements notables de la cicatrice se rencontraient eux-mêmes dans des proportions inquiétantes :

Pinard.....	50 p. 100.
Van Leuwen...	17 »
Couvelaire....	16 »
Schauta.....	11 »

Et la rupture utérine, cette complication à laquelle il fallait toujours s'attendre et que rien ne pouvait faire prévoir, se voyait enfin dans des cas très nombreux encore, si l'on en juge d'après les statistiques portant sur la période 1890-1910 :

Krukenberg..	50	p. 100.
Scheffzsch...	50	»
Sanger.....	37	»
Dahlmann...	30	»
Pinard.....	18	»
Singer.....	6	»
Olshausen....	5	»
Mac Pherson .	2,5	»
Van Leuwen..	2	»

Malgré tous les avatars, malgré des résultats qui n'étaient pas toujours très heureux, la césarienne était, en somme, admise en 1914 par la majorité des gynécologues. Certains même publiaient des cas de césariennes itératives suivies de succès, tels :

Mac Pherson.....	38 cas.
Bar.....	24 »
Kouwer	28 »
Olshausen	19 »
Brindeau.....	9 »
Pestalozza	18 »
Léopold.....	16 »
Pinard.....	12 »
Franck .	10 »

Ces divers chiffres, mieux que tout commentaire, plaident la cause des césariennes itératives et montrent que les chirurgiens instruits des complications possibles de l'hystérotomie répétée et qui sélectionnent soigneusement leurs cas sont en droit d'espérer des résultats heureux.

Au cours de ces dernières années, la césarienne a continué la série de ses succès. Les travaux les plus récents, les statistiques des diverses cliniques en sont la meilleure preuve. En 1921, Morisson-Lacombe, dans une thèse portant sur 50 observations prises à Baudelocque, note seulement :

Éventration.	4 p. 100.
Amincissement de la cicatrice utérine.....	18 »
Avortement.....	3 »
Accouchement prématuré.....	8 »
Rupture utérine.....	4 »

Certaines de ces observations, qui sont toutes de césariennes itératives, remontent cependant à 1890.

En 1921 encore, Planès, dans une thèse de Bordeaux, donne les chiffres suivants :

Avortement.....	2 p. 100.
Accouchement prématuré.....	7 »
Rupture utérine	2 »

Nos propres résultats, qui ne mentionnent ni avortement, ni accouchement prématuré, ni rupture utérine, confirment cette amélioration constante du pronostic des césariennes. Cette opération devient, en somme, une intervention de sécurité à peu près absolue, qu'elle soit première ou itérative ; et on peut dire, à l'heure actuelle, que l'utérus césarisé, malgré la balafre qu'il porte, reste apte à de nouvelles grossesses dans de très bonnes conditions, s'il a été traité suivant une technique rigoureuse.

CHAPITRE V

Observations.

Année 1919.

OBSERVATION I

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} R..., 21 ans, journalière. Très bons antécédents.

Primipare, à bassin cypho-scoliotique; le promonto-sous-pubien mesure 9 cent. 5.

Césarienne à terme, avant le travail. L'enfant naît étonné, est facilement ranimé.

Très bonnes suites de couches.

OBSERVATION II

M. BALARD.

M^{me} L..., 30 ans, lingère. Antécédents chargés : marche à 3 ans, nombreuses bronchites.

III-pare. Première grossesse en 1915. Accouchement au forceps provoquant déchirure périnéale. Enfant mort-né.

Deuxième grossesse en 1917 : Avortement de 6 mois.

Troisième grossesse actuelle. A l'examen, bassin canaliculé, à sacrum droit. Césarienne avant le travail par M. Balard. Enfant vivant. Suites très bonnes; à noter lymphangite mammaire suivie d'abcès.

(Voir Obs. XII pour césarienne itérative.)

Année 1920.

OBSERVATION III

M. BALARD.

M^{me} P..., 25 ans, ouvrière. Bons antécédents.

Primipare. Bassin canaliculé; P. S. P. : 9 centimètres; un faux promontoire saillant.

Césarienne au début du travail par M. Balard; enfant vivant; au cours de l'opération, hémorragie abondante par inertie utérine nécessitant des injections d'ergotine et de sérum. Les suites immédiates sont bonnes; au quatrième jour, érysipèle de la face. Transéat à Canolle.

OBSERVATION IV

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} L..., 27 ans, lingère. Bons antécédents.

Primipare. A l'examen, bassin rétréci; P. S. P. : 7 centimètres.

Césarienne le 13 février. Enfant vivant de 2 kil. 900.

Suites très bonnes.

OBSERVATION V

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} C..., 31 ans, cultivatrice. Bons antécédents.

II-pare. Première grossesse en 1918. Accouchement difficile, provoquant déchirure périnéale. Enfant mort.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin au vrai promontoire inaccessible, probablement à cause de la douleur provoquée en déprimant le périnée; faux promontoire saillant.

Césarienne le 5 mars. Enfant vivant de 3 kil. 950.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} I..., 37 ans, bûcheronne. Bons antécédents.

II-pare. Première grossesse en 1917. Avortement de 5 mois.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, femme petite, de 1^m43; pas de chapelet rachitique, pas de thorax en carène, pas de déformation des os longs. Abdomen aux parois épaisses, rendant la palpation difficile; le fœtus est cependant perceptible, tête en bas. Au toucher, parties molles du bassin et du périnée très résistantes, très musclées; saillie anormale des épines sciatiques; branches ischio-pubiennes rapprochées; le sacrum paraît normal.

Le 16 mai, on décide de provoquer l'accouchement prématuré par la mise en place d'une sonde; le 18 au matin, dilatation à 2 francs, avec contractions fortes et régulières; à 14 heures, dilatation à 5 francs. On introduit un ballon, qui est bientôt expulsé, la tête restant quand même élevée. Les bruits du cœur fœtal devenant sourds et irréguliers, M. le professeur Rivière et M. Lacouture décident de pratiquer la césarienne. L'enfant, qui pèse 3 kil. 450, vient en état de mort apparente (quantité énorme de liquide amniotique déglutie) et ne peut être ranimé.

La mère meurt à l'Hôpital Tastet, le 21 mars, de péritonite généralisée. A l'autopsie, on constate une désunion partielle de la suture utérine.

OBSERVATION VII

M. FAUGÈRE.

M^{me} G..., 20 ans, cultivatrice. Bons antécédents.

Primipare. Femme de 1^m34, avec scoliose droite légère; bi-épineux : 23 centimètres; pubio-lombaire : 18 cent. 5; promontoire à 10 centimètres; un faux promontoire à 8 centimètres.

Césarienne le 21 mai par M. Faugère, Enfant vivant de 2 kil. 830. Suites physiologiques.

Au cours des années 1919 et 1920, sept opérations césariennes furent pratiquées à la clinique. Résultats.

Césariennes conservatrices avec guérison	6
Césarienne conservatrice avec mort maternelle..	1
Césarienne conservatrice avec mort fœtale	1
Césarienne avec hystérectomie.....	0

Année 1921.

OBSERVATION VIII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} B..., 31 ans, femme de service. Bons antécédents.

Primipare. A l'examen, pas de lésions rachitiques notables; léger chapelet sternal; bassin canaliculé au P. S. P. : 8 cent. 5. Faux promontoires saillants.

Césarienne au début du travail. Enfant vivant de 2 kil. 500. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION IX

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} T..., 23 ans, tailleuse. Antécédents chargés; bronchites fréquentes, hémoptysies pendant la grossesse.

II-pare. Première grossesse en 1920. Enfant mort-né de 4 kil. 200 après version externe et forceps pour disproportion entre la tête fœtale et le bassin. Déchirure périnéale.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci; P. S. P. : 10 cent. 5. Au toucher, cul-de-sac droit induré, avec bride cicatricielle correspondant à la déchirure ancienne du col.

On décide de provoquer l'accouchement prématuré. Le 15 février, mise en place d'une sonde. Ballon, le 19; en gonflant ce dernier, déchirure au niveau de la cicatrice ancienne. On arrête le travail et fait césarienne.

Enfant vivant de 3 kil. 250. Suites très bonnes (Voir Obs. XXXIII pour césarienne itérative).

OBSERVATION X

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} C..., 24 ans, journalière. Bons antécédents.

II-pare. Première grossesse en 1920. Accouchement normal d'un enfant mort pendant le travail à la suite d'hémorragies maternelles.

Deuxième grossesse actuelle. La femme entre à la clinique après un jour de travail, la poche des eaux étant intacte. A l'examen, utérus tendu, permettant de sentir l'enfant en O. I. G.; au toucher, l'excavation est remplie par une masse de la grosseur d'un siège fœtal, mais de consistance liquide et n'occupant que le cul-de-sac gauche; on diagnostique kyste de l'ovaire. Césarienne le 18 avril par M. le professeur Rivière et M. Lacouture. A l'ouverture, l'utérus bombe, et il faut le faire basculer pour trouver, en arrière, le kyste en partie enclavé dans le petit bassin. On fait la section de l'utérus; l'enfant est extrait vivant. Puis on cherche le kyste dont le pédicule est sectionné après double ligature.

La mère meurt quarante-huit heures après d'œdème aigu du poumon.

L'enfant est en très bon état.

OBSERVATION XI

M. PERY.

M^{me} F..., 21 ans, cultivatrice. Bons antécédents.

Primipare. A l'examen, pas de déformations rachitiques visibles; bassin canaliculé, dont le promontoire est accessible à 10 cent. 5. Faux promontoires saillants.

Césarienne avant travail par M. Pery le 20 octobre; enfant vivant de 3 kil. 100. L'après-midi, grosse hémorragie; on fait le tamponnement vagino-utérin, qui montre une béance complète de l'orifice utérin; injection de 6 cc. d'ergotine.

Suites fiévreuses, avec un peu de réaction péritonéale.

Sortie en bon état un mois après, le 23 novembre.
(Voir Obs. XXII et XL pour césariennes itératives.)

OBSERVATION XII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} L... (Voir Obs. II).

IV-pare. Césarienne itérative. A l'ouverture du ventre, pas d'adhérences utéro-pariétales; on remarque une petite adhérence entre épiploon et paroi. La trace de la première césarienne est à peine visible, sans le moindre amincissement. Opération conservatrice.

Enfant vivant de 3 kil. 300.

Suites de couches excellentes.

L'année 1921 vit cinq césariennes, dont une itérative :

Césariennes conservatrices avec guérison	4
Césarienne conservatrice avec mort maternelle ..	1
Césarienne conservatrice avec mort fœtale	0
Césarienne avec hystérectomie	0

Année 1922.

OBSERVATION XIII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} T..., 38 ans. Bons antécédents.

II-pare. Première grossesse en 1920. Accouchement prématuré terminé au forceps. Lésions périnéales.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci, P. S. P. : 40 centimètres. Il persiste, en outre, depuis le premier accouchement, une fistule recto-vaginale (le toucher ramenant des matières fécales).

Césarienne avant le travail. Enfant de 2 kil. 750.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} I..., 25 ans. Bons antécédents.

IV-pare. Première grossesse en 1919. Avortement de 3 mois.

Deuxième grossesse en 1920. Accouchement à terme, nécessitant une basiotripsie.

Troisième grossesse en 1920. Avortement à 2 mois.

Quatrième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci. P. S. P. : 10 centimètres.

En présence du rétrécissement du bassin, et sur la demande de la mère qui veut un enfant vivant, on pratique une césarienne avant le travail.

Enfant vivant de 2 kil. 750. Très bonnes suites.

(Voir Obs. XXIII et XXXII pour césariennes II et III.)

OBSERVATION XV

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} X..., 38 ans. Bons antécédents.

Primipare. Bassin aplati et généralement rétréci au promontoire facilement accessible.

Césarienne par M. le professeur Rivière. Enfant vivant de 3 kil. 180. Bonnes suites, à part une dilatation aiguë de l'estomac que la mère présente quatre jours après.

OBSERVATION XVI

M. BOURSIER.

M^{me} P..., 49 ans. Couturière. Sans antécédents.

Primipare. Bassin justo-minor.

Césarienne par M. Boursier. Enfant vivant de 3 kil. 550. Très bonnes suites de couches.

(Voir Obs. XXXV pour césarienne itérative.)

OBSERVATION XVII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} T..., 25 ans, lingère. Bons antécédents. A noter une métrite, avec pertes abondantes.

Primipare. Placenta prævia central, avec hémorragies abondantes depuis deux mois.

Césarienne conservatrice avant tout début de travail. La délivrance est délicate par suite d'adhérences ; elle est suivie d'une hémorragie abondante du corps utérin qui est resté mou : caféine, huile camphrée.

Enfant vivant de 3 kil. 200. Très bonnes suites.

OBSERVATION XVIII

M. BOURSIER.

M^{me} S..., 18 ans, femme de ménage.

Primipare. A l'examen, bassin rachitique, P. S. P. : 9 cent. 5.

Césarienne au début du travail. Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout de dix minutes ; poids, 2 kil. 540.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XIX

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} L..., 20 ans.

Primipare. A l'examen, femme de petite taille, 1 m. 53. Légère scoliose. Le losange de Michaelis est réduit à un petit triangle à base verticale. L'utérus mesure 39 centimètres et est légèrement dévié sur la droite. A la palpation, l'utérus montre peu de liquide ; au-dessus du détroit supérieur, on sent le siège complet très élevé ; le dos est difficilement palpable. La tête est masquée par le rebord costal. Au toucher vaginal, le promontoire est accessible à 9 centimètres ; la moitié gauche de l'excavation paraît nettement aplatie. Le vagin est infundibuliforme, le col ramolli est très long.

Quéinnec

Césarienne avant le travail. L'extériorisation de l'utérus est difficile en raison de la hauteur à laquelle il remonte sous les côtes. On extérorise un demi-utérus droit et ses annexes. *Il n'y a ni corne rudimentaire, ni trace d'annexes à gauche.* Le fœtus, en présentation du siège, est étroitement sanglé dans cette corne utérine à parois très minces. L'utérus se rétracte énergiquement, la délivrance est aisée et rapide.

Suites normales.

OBSERVATION XX

MM. Marc RIVIÈRE et BOURSIER.

M^{me} A..., 29 ans.

II-pare. Première grossesse en 1920. Accouchement à terme d'un gros enfant qui succombe après application de forceps.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rachitique, le promontoire est à 9 cent. 5.

Césarienne six heures après le début du travail, les membranes étant intactes. Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout de quinze minutes ; poids, 3 kil. 360.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXI

M. FAUGÈRE.

M^{me} D..., 32 ans, femme de chambre.

Primipare. A l'examen, bassin normal ; fibrome prévia. On tente l'épreuve du travail, le fibrome paraît remonter du côté droit ; mais devant la longueur du travail et la souffrance fœtale, on intervient.

Césarienne suivie d'hystérectomie totale. Enfant vivant de 3 kil. 600, difficilement ranimé.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} F..., 22 ans (Voir Obs. XI).

Césarienne itérative avant le travail. Pas d'adhérences, pas d'amincissement. Opération conservatrice.

Enfant vivant de 3 kil. 600. Suites normales.

(Voir Obs. XL pour césarienne III.)

Dix opérations césariennes furent pratiquées à la clinique pendant l'année 1922 : une était itérative, une autre fut suivie d'hystérectomie. Résultats excellents.

Césarienne conservatrice avec guérison.....	9
Césarienne conservatrice avec mort maternelle..	0
Césarienne conservatrice avec mort fœtale.....	0
Césarienne avec hystérectomie. Guérison.....	1

Année 1923.

OBSERVATION XXIII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} S... (Voir Obs. XIV).

Césarienne itérative avant le travail par M. le professeur Rivière et M. le Dr Lacouture. A l'ouverture de l'utérus, on constate un amincissement léger de la paroi. Enfant vivant de 2 kil. 700. Suites physiologiques (Voir Obs. XXXII pour césarienne III).

OBSERVATION XXIV

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} X..., 28 ans, ménagère. Bons antécédents.

Primipare. Cette femme est entrée en travail à B..., dans la Charente; on constate disproportion nette^e entre le bassin et la tête

foétale et on la transporte d'urgence à Bordeaux en auto. Elle arrive à la clinique dans un état satisfaisant.

A l'examen, bassin petit. P. S. P. : 9 centimètres.

Césarienne conservatrice. Enfant de 3 kil. 700. Suites normales.

OBSERVATION XXV

MM. BOURSIER et LACOUTURE.

M^{me} P..., 20 ans, cultivatrice. Bons antécédents.

Primipare. A l'examen, luxation coxo-fémorale gauche; quelques stigmates de rachitisme. Bassin petit dans son ensemble avec atrésie du côté gauche; le promontoire est accessible à 10 cent. 5 et semble un peu dévié vers la luxation.

Césarienne avant le travail. Enfant vivant. Suites normales.

OBSERVATION XXVI

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} S..., 34 ans, cultivatrice. Bons antécédents.

Primipare. A l'examen. Utérus dévié à gauche avec tumeur du volume d'une orange s'énucleant au moment des contractions. Bassin normal. A noter dans les antécédents des hémorragies abondantes le 15 mars, puis le 16 avril. On diagnostique un fibrome.

Césarienne avant travail. On trouve un fibrome du volume d'une tête foétale sur le bord droit de l'utérus. Étant données la zone d'insertion du fibrome sur la zone vasculaire et les adhérences qu'il présente avec la vessie, l'uretère droit et les anses intestinales, on ne tente pas la myomectomie. Hystérectomie.

Enfant vivant. Suites physiologiques.

OBSERVATION XXVII

M. le professeur RIVIÈRE et M. LACOUTURE.

M^{me} C..., 35 ans, vigneronne. Bons antécédents.

II-pare. Première grossesse en 1909. Enfant vivant et bien portant.

Les suites furent apyrétiques, mais une métrite hémorragique s'installe peu après; elle dure huit ans et nécessite un curettage.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, petit fibrome dans la fosse iliaque droite et deux autres sur la partie gauche de l'utérus. Le fœtus est en position transversale. Au toucher, masse en croissant, très dure, au niveau du segment inférieur.

La femme entre en travail le 9 mai, le fœtus se trouvant encore en position transversale, malgré plusieurs versions. Le 10 et le 11, le travail continue lentement. Devant la fatigue de la mère, on décide de pratiquer la césarienne suivie d'hystérectomie.

Enfant vivant. Suites normales.

OBSERVATION XXVIII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} T..., 21 ans, femme de chambre.

Primipare. A l'examen, bassin normal. Esthiomène de la vulve datant de dix ans. Il débuta par des glandes suppurées à la partie supéro-externe du triangle de Scarpa; peu à peu s'établit une large plaque rouge sous-pubienne, avec boutons rouges, provoquant un prurit considérable. A 19 ans, apparition de petites plaques surélevées dans la zone érythémateuse qui se réunissent, gagnent la vulve et amènent une énorme augmentation de volume de toute la région.

Césarienne avant le travail. Enfant vivant. Les jours qui suivent l'opération, une fièvre à 38 degrés, 38°5, se déclare et persiste dix jours; elle est combattue efficacement par des injections de sérum antistreptococcique. La tuméfaction pré-pubienne et le volume des grandes lèvres diminuent notablement. Transéat à Cholet.

OBSERVATION XXIX

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} S..., 23 ans, ménagère. Très bons antécédents.

Primipare. A l'examen, légère parenthèse fémoro-tibiale; le vrai promontoire est à 10 cent. 5. Un faux promontoire saillant à 9 cent. 5.

Césarienne avant le travail. Enfant vivant. Suites excellentes.

Sept opérations césariennes pendant l'année 1923 : une itérative, deux suivies d'hystérectomie. Les suites furent bonnes dans tous les cas.

Césariennes conservatrices suivies de guérison	5
Césarienne conservatrice suivie de mort maternelle.....	0
Césarienne conservatrice suivie de mort.....	0
Césariennes avec hystérectomie. Guérison.....	2

Année 1924.

OBSERVATION XXX

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} P., 34 ans. Antécédents chargés : nombreuses maladies infectieuses (rougeole, grippe, scarlatine); est affligée d'un goitre depuis l'âge de 16 ans.

Primipare. À l'examen, bassin généralement rétréci au sacrum plat, au promontoire à 11 centimètres.

Le 12 mars, césarienne avant le travail. Enfant vivant de 3 kil. 200. Les suites immédiates sont bonnes; le 14 mars, légère dilatation de l'estomac; le 25, congestion pulmonaire droite; le 1^{er} avril apparaît un œdème blanc et dépressible à la jambe gauche qui gagne peu à peu la cuisse gauche puis le côté opposé; phlébite double durant un mois et demi. Sortie en bon état le 12 mai.

OBSERVATION XXXI

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} B..., 31 ans, ménagère.

III-pare. Première grossesse en 1915. Forceps pour inertie utérine; déchirure périnéale. Enfant vivant et bien portant.

Deuxième grossesse en 1918. On provoque l'accouchement prématuré. Enfant vivant et bien portant.

Troisième grossesse actuelle. A l'examen, bassin de forme triangulaire, rétréci; le promontoire est à 10 centimètres. Césarienne avant le travail. Enfant vivant.

Suites immédiates bonnes. Au bout de dix jours, phlébite gauche, durant un mois. Sortie en bon état le 7 mai.

OBSERVATION XXXII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} I... (Voir Obs. XIV et XXIII).

Sixième grossesse. Césarienne pour la troisième fois le 14 avril. On reconnaît les cicatrices des césariennes antérieures; à ce niveau, la paroi est mince et fait supposer qu'elle n'aurait pas toléré une grossesse prolongée de plusieurs jours encore. Enfant vivant de 2 kil. 800. Suites normales.

OBSERVATION XXXIII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} T... (Voir Obs. IX).

Césarienne itérative. On trouve la cicatrice de la première césarienne très souple, non adhérente aux plans profonds. Enfant vivant de 3 kil. 750.

Suites bonnes; à noter légère dilatation de l'estomac.

OBSERVATION XXXIV

M. FAVREAU.

M^{me} L. C..., 35 ans, employée aux tramways. Antécédents chargés; a marché à 5 ans; deux pieds-bots; anémie prononcée pendant toute la jeunesse.

III-pare. Première grossesse en 1919. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 2 kil. 500 (Beaujeon).

Deuxième grossesse en 1922. Césarienne à terme par M. Balard, à la Maternité. Enfant vivant de 3 kil. 050.

Troisième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci; le promontoire est à 10 centimètres.

Césarienne seconde par MM. Favreau et Mangé. On ne constate pas d'adhérences utéro-pariétales; la cicatrice de la césarienne princeps est à peine apparente.

Enfant de 3 kil. 580.

Phlébite de la jambe gauche à évolution longue; la malade sort guérie.

OBSERVATION XXXV

M. FAVREAU.

M^{me} P..., 22 ans (Voir Obs. XVI).

Césarienne seconde au début du travail; pas d'adhérences; la cicatrice est solide. Enfant vivant de 3 kil. 360.

Quelques heures après l'intervention, hémorragie abondante, calmée par l'ergotine. Suites très bonnes.

OBSERVATION XXXVI

M. FAVREAU.

M^{me} C..., 23 ans, cultivatrice.

II-pare. Première grossesse en 1921. Accouchement prématuré provoqué, terminé au forceps. Enfant mort.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci, au promontoire accessible à 11 centimètres. Un faux promontoire très saillant à 10 centimètres.

Césarienne par M. Favreau au début du travail.

Enfant vivant de 2 kil. 820. Suites physiologiques.

OBSERVATION XXXVII

M. FAVREAU.

M^{me} L..., 32 ans, hôtelière.

III-pare. Première grossesse en 1920. Basiotripsie pour un enfant qui pesait 9 livres.

Deuxième grossesse en 1921. Avortement à 6 mois.

Troisième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci; le promontoire est à 10 centimètres.

Césarienne au début du travail. Enfant vivant de 2 kil. 950. Suites physiologiques.

OBSERVATION XXXVIII

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} L..., 21 ans, employée.

II-pare. Première grossesse en 1923, terminée par basiotripsie.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci; au P. S. P. : 9 centimètres.

Césarienné avant le travail. L'enfant naît vivant, mais meurt quelques heures plus tard; on ne trouve rien à l'autopsie qui puisse expliquer cette issue fatale. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXXIX

M. le professeur RIVIÈRE.

M^{me} C..., 22 ans.

Primipare. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse élastique, fixée, indépendante de l'utérus et de la masse fœtale. Le diagnostic hésite entre fibrome, tumeur sacro-coccygienne (M. Lacouture) ou kyste du parovaire (Favreau).

Césarienne conservatrice. On se trouve en présence d'un gros kyste du parovaire. Enfant vivant de 3 kil. 100. Suites bonnes.

OBSERVATION XL

M. le professeur RAVIÈRE.

M^{me} F... (Voir Obs. XI et XXII).

Césarienne itérative (III) avant le travail. Pas d'adhérences utéro-pariétales; une petite adhérence de l'épiploon avec l'extrémité supérieure de la cicatrice pariétale.

Césarienne conservatrice. Enfant vivant de 3 kil. 050. Suites bonnes.

OBSERVATION XLI

M. FAVREAU.

M^{me} L..., 35 ans, ménagère.

II-pare. Première grossesse en 1922. Basiotripsie.

Deuxième grossesse actuelle. On trouve un bassin rétréci avec faux promontoires saillants et vrai promontoire à 10 centimètres.

Césarienne aux premières douleurs. Enfant vivant de 2 kil. 700. Suites normales.

OBSERVATION XLII

M. FAVREAU.

M^{me} L..., 36 ans, domestique.

II-pare. Première grossesse en 1920. Accouchement prématuré provoqué, terminé au forceps, enfant mort-né.

Deuxième grossesse actuelle. A l'examen, bassin rétréci avec faux promontoires à 10 cent. 5; le vrai promontoire est à 11 centimètres.

Césarienne au début du travail. Enfant vivant.

Suites bonnes; à noter légère dilatation de l'estomac.

OBSERVATION XLIII

M. FAVREAU.

M^{me} M..., 22 ans, manœuvre.

Primipare. Bassin très rétréci, avec promontoire saillant à 9 cent. 5.

Césarienne au début du travail. Enfant vivant de 2 kil. 400 Suites de couches physiologiques.

Quatorze césariennes furent pratiquées en 1924. Cinq sont itératives : deux pour la troisième fois et trois pour la deuxième fois. Tous les résultats sont excellents, à part une mort fœtale dans la nuit qui suivit l'intervention.

Césariennes conservatrices guéries	14
Césarienne conservatrice suivie de mort maternelle.....	0
Césarienne conservatrice suivie de mort fœtale.....	1
Césarienne suivie d'hystérectomie	0

CONCLUSIONS

I. La césarienne conservatrice classique portant sur le corps de l'utérus est aujourd'hui une opération bien réglée. Elle peut être pratiquée sans grand risque pour la mère lorsqu'on se trouve dans les conditions requises (trente-trois opérations furent faites en 1922, 1923 et 1924 sans mortalité).

II. Ces conditions sont :

1° Opérer le plus près possible du terme ;

2° Ne pratiquer la césarienne conservatrice que dans les cas purs où il n'y a aucun risque d'infection. Chaque fois que l'infection est douteuse ou probable, l'opération préconisée par M. Portes s'emploiera ; elle peut éviter dans certains cas l'hystérectomie.

III. La section césarienne classique n'entre en balance qu'avec la césarienne suprasymphysaire, qui est encore très discutée ; et la symphyséotomie, opération qui doit être réservée aux multipares et aux bassins permettant le passage du fœtus après agrandissement.

IV. La césarienne itérative ne présente guère plus de danger que la césarienne princeps. Elle sera complétée par la stérilisation chez toute femme dont l'utérus ne semble pas pouvoir supporter une nouvelle grossesse. La stérilisation ne se fera jamais en dehors de ces nécessités anatomiques, même si elle est réclamée par la femme.

V. L'avenir de l'utérus césarisé ne comporte plus les risques que l'on rencontrait autrefois : avortements, accouchements prématurés, ruptures de l'utérus, adhérences fâcheuses.

La nutrition du fœtus se fait dans de bonnes conditions. Nous avons toujours relevé des poids aux environs de la normale.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 17 novembre 1924.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Indications de la césarienne en dehors des rétrécissements du bassin. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1917.
- BALARD. — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*, 1923.
- BAR. — L'opération césarienne conservatrice, sa technique, ses résultats immédiats et éloignés. Leçons de pathologie obstétricale, 1900.
- BERSON. — Deux cas de césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. *Obstétrique et gynécologie*, 1924.
- BOQUEL. — La pratique de la dystocie.
- BOUDREAU. — Suites proches et lointaines de l'opération césarienne conservatrice. Thèse de Bordeaux, 1913-1914.
- BRINDEAU. — Deux cas d'opération césarienne supra-symphysaire. Société d'obstétrique de France, 1909.
- COUINEAU. — Indications des césariennes en dehors des rétrécissements des bassins et des tumeurs. Thèse de Paris, 1918-1919.
- COUVELAIRE. — Rapport au II^e Congrès de l'Association des gynécologues de langue française, octobre 1921.
- Introduction à la chirurgie utérine obstétricale.
 - Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1909.
- DEMELIN. — Manuel de l'accoucheur.
- DIGUE. — Fonctionnement de la clinique obstétricale pendant l'année 1922. Thèse de Bordeaux, 1923-1924.
- DOLÉRIS. — De l'opération césarienne. *La Gynécologie*, 1911.
- FAVREAU. — La dystocie par rétrécissement du bassin d'origine rachitique et son traitement. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922.
- GARNIER. — Quelques considérations sur 4 cas de césariennes conservatrices. Thèse de Montpellier, 1909-1910.

- GERBAUD. — Des différentes incisions dans la césarienne conservatrice préconisées depuis 1881. Thèse de Paris, 1898-1899.
- HARRIS. — De la césarienne dans l'État de New-York, 1879.
- KLEIN. — Les césariennes supra-symphysaires. Revue critique. Thèse de Paris, 1911-1912.
- LAUVRAY. — De la césarienne dans ses rapports avec les grossesses et accouchements ultérieurs. Thèse de Nancy, 1902-1903.
- LEPAGE. — De l'opération césarienne tardive. *Bulletin médical*, 1907.
- MORISSON-LACOMBE. — De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne conservatrice. Thèse de Paris, 1921-1922.
- PETIT. — Mort tardive après césarienne. *Obstétrique et gynécologie*, 1923.
- PIERRE. — L'obstruction intestinale par adhérences utéro-intestinales après césarienne. Thèse de Bordeaux, 1918-1919.
- PINARD. — Thérapeutique de la dystocie causée par viciations pelviennes. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1907.
- PLANÈS. — La valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus césarisé. Thèse de Bordeaux, 1920-1921.
- PORTES. — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. *Obstétrique et gynécologie*, 1924.
- RIVIÈRE (Professeur). — Stérilisation consécutive à la césarienne itérative. *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*, 1922.
- Césarienne après quatre jours de travail. *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*, 1923.
- RIVIÈRE (Professeur) et BOURSIER. — Grossesse dans un cas d'esthiomène de la vulve. *Obstétrique et gynécologie*, 1923.
- RIVIÈRE (Professeur) et LACOUTURE. — Opération césarienne avec hystérectomie pour fibrome utérin et placenta prævia. *Obstétrique et gynécologie*, 1923.
- RIVIÈRE (Professeur) et RIVIÈRE (Marc). — A propos d'un bassin oblique ovalaire avec utérus unicorne et absence unilatérale des annexes. *Obstétrique et gynécologie*, 1923.
- SINGER. — Des cicatrices césariennes classiques. Thèse de Paris, 1908-1909.
- WILLIAMS. — L'abus de la césarienne. *Gynécologie et obstétrique*, 1917.

